

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 26.

DE L'AÉROPHAGIE

ET

DES TROUBLES GASTRIQUES QUI L'ACCOMPAGNENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand VINCENS

Né le 8 Février 1874, à Saint-Alban (Lozère)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 26.

DE L'AÉROPHAGIE

ET

DES TROUBLES GASTRIQUES QUI L'ACCOMPAGNENT

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

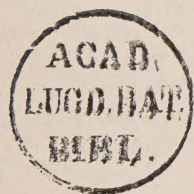
Et soutenue publiquement le 29 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand VINCENS

Né le 8 Février 1874, à Saint-Alban (Lozère)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4.

—
Novembre 1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.		OLLIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	PONCET.
Clinique des maladies mentales.		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENO.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON(A.)—
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SOULIER, Président; WEILL, Assesseur;
MM. ROLLET et BOYER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR SOULIER

A MES MAITRES

Ce travail marque la fin de nos études médicales et l'entrée dans une vie nouvelle à laquelle nous aspirons depuis longtemps.

Durant nos années d'études, nous avons contracté bien des dettes de reconnaissance, et nous sommes heureux d'affirmer, à l'occasion qui s'offre à nous, que nous n'en avons oublié aucune.

Nous remercions d'abord le maître éminent qui a daigné accepter la présidence de notre thèse. M. le professeur Soulier sait à quel point tous ceux qui l'approchent apprécient sa bienveillance et sa bonté; nous ne pouvons qu'apporter ici un témoignage de plus, et lui exprimer nos sentiments de respectueuse gratitude.

C'est à M. le Dr Lyonnet, médecin des hôpitaux, que nous devons l'idée de ce travail. En nous indiquant ce sujet, il s'attendait peut-être à le voir mieux traiter...; si nous ne pouvons répondre de l'habileté de l'élève, nous pouvons au moins assurer le maître de notre profonde reconnaissance. Dès le début de nos études, nous avons été séduit par le charme de son enseignement si pratique au lit des malades; depuis lors, son accueil toujours bienveillant, malgré des occupations très absorbantes, et l'amitié qu'il nous a témoignée, lui ont acquis notre affection et notre dévouement le plus sincère,

Pendant deux ans, nous avons rempli les fonctions d'interne à l'hôpital Saint-Joseph; nous gardons le plus agréable souvenir du temps passé sous la bienveillante direction de MM. les D^{rs} Clément, Goullioud, Rafin et Chabaliér; leurs savantes leçons ont parfait notre instruction médicale: nous connaissions un peu de pathologie, ils nous ont appris la clinique.

M. le D^r Vauthey, médecin à Vichy, a bien voulu s'intéresser à notre travail, sur lequel il nous a même ouvert des aperçus nouveaux; il nous a communiqué six observations très intéressantes. Nous lui renouvelons l'assurance de notre parfaite gratitude.

Et maintenant, presque à la veille de quitter Lyon pour un exil rural, nous ne pouvons échapper au sentiment de tristesse qui nous envahit à la pensée de quitter des maîtres sympathiques et des amis dévoués. Nous unissons tous nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté dans un sentiment de profonde reconnaissance; leurs leçons nous ont appris à aimer notre art; nous n'aurons qu'à suivre leurs traditions pour le pratiquer avec honneur et conscience.

Nos amis voudront bien accepter la dédicace de cette thèse en souvenir des années passées ensemble, joyeuses mais trop vite écoulées.

INTRODUCTION

La déglutition de l'air atmosphérique, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, est un phénomène étudié et connu depuis longtemps. Toutefois, si la question n'est pas nouvelle, elle nous paraît quelque peu oubliée et surtout incomplètement traitée. Un des côtés, le plus important à notre avis, a été entièrement laissé dans l'ombre, c'est l'étude des troubles gastriques qui accompagnent l'aérophagie. Nous avons cherché dans les ouvrages classiques, et dans les traités spéciaux des maladies de l'estomac ; il en est à peine fait mention. Nous avons pensé qu'il y avait là une lacune à combler. L'aérophagie, en effet, est loin d'être rare ; par contre, elle est souvent méconnue ; les troubles gastriques qui l'accompagnent attirent seuls l'attention du médecin non prévenu ; ce dernier ne voit que l'effet, il ne remonte pas à la cause, d'où une thérapeutique erronée.

Voici en général comment les choses se passent. Un malade, un névropathe presque toujours, vient consulter son médecin pour « des maux d'estomac » ; il a des sensations pénibles de pesanteur et de plénitude à l'épigastre, du ballonnement, de la constipation, etc. Il a maigri no-

tablement, perdu l'appétit et les forces; il est triste, découragé, enclin à l'hypocondrie. Mais il se plaint surtout de renvois gazeux abondants, d'éruptions bruyantes survenant à tous moments de la journée et surtout pendant la durée des périodes digestives; il est pris d'un de ces accès d'éruptions dans le cabinet du praticien. Cet état ressemble fort à de la dyspepsie flatulente (et c'est ce diagnostic qui avait été fait d'emblée chez presque tous nos malades). Le médecin prescrit des antiseptiques, des alcalins, des poudres absorbantes, et... n'obtient aucun succès.

Ce petit aperçu montre un fait de pratique journalière. Ici, la véritable cause des troubles dyspeptiques a été méconnue. Le médecin, s'il n'a jamais vu d'accès d'aérophagie, n'a pas l'attention attirée sur ce point; il observe mal son malade et ne s'aperçoit pas qu'entre les éruptions bruyantes, le patient exécute une série de déglutitions précipitées, pendant lesquelles il avale, silencieusement, l'air qu'il expulse ensuite bruyamment. Si parfois le diagnostic s'impose, il est d'autres cas, fréquents, où il faut une observation attentive pour apercevoir les mouvements de déglutition et pour se rendre compte que les gaz ne sont pas le produit de fermentations stomacales.

L'aérophagie a été étudiée depuis longtemps (Bouveret, 1891); nous n'insisterons pas beaucoup sur sa description. Le but principal de notre travail est l'étude des troubles gastriques qui l'accompagnent. Cette étude n'a pas encore été faite; M. Vauthey, qui parle assez longuement de l'aérophagie (th. de Lyon, 1896), ajoute même : En aucun cas, on n'observe de troubles

gastriques. Nous prétendons, au contraire, que ces troubles sont fréquents ; c'est pourquoi, sur les conseils de M. le Dr Lyonnet, médecin des hôpitaux, il nous a paru utile de les décrire avec quelques détails.

Notre travail sera divisé en sept chapitres.

Le chapitre premier contiendra l'historique succinct de la question.

Dans le chapitre II, nous décrirons brièvement le syndrome *aérophagie* en général.

Le chapitre III, le plus important, sera consacré à l'étude des troubles gastriques qui accompagnent l'aérophagie.

Le diagnostic, le pronostic et le traitement feront l'objet des chapitres IV, V et VI.

Enfin, dans un VII^e chapitre, nous publierons des observations inédites, dont plusieurs nous sont personnelles.

DE L'AÉROPHAGIE

ET

DES TROUBLES GASTRIQUES QUI L'ACCOMPAGNENT

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nombreux sont les auteurs qui se sont occupés de la déglutition de l'air atmosphérique. Déjà Hippocrate et ses successeurs décrivaient, sous le nom de *morbis ructuosus*, une entité morbide dont le principal symptôme était l'émission d'éruclations fréquentes; sous cette étiquette étaient rangés des cas très disparates, dont la plupart étaient des dyspepsies flatulentes; quelques faits, cependant, paraissent bien être des exemples d'aérophagie. En 1815, Magendie publie sur ce sujet un mémoire où il affirme que la faculté de déglutir de l'air est plus commune qu'on ne le pense, et qu'en tout cas il est facile de l'acquérir par l'exercice. Depuis lors, de nombreux auteurs se sont occupés de la question. Longel (1861), Willième (1868), Piorry (1871), Luton (*in* Jaccoud, 1870), en font de brèves mentions; Eichorst, dans son *Traité de pathologie interne* (trad.

française, 1889), fait jouer à l'air dégluti le principal rôle dans la production de la tympanite des hystériques. En 1891, M. Aubert (de Lyon) s'occupe de la déglutition volontaire de l'air, et, dans un mémoire très humoristique, étudie spécialement le côté physiologique de la question. Presque en même temps, M. Bouveret publie dans la *Revue de Médecine* la longue et minutieuse observation d'une femme hystérique présentant des accès de déglutition involontaire d'air atmosphérique; il explique la pathogénie de ce phénomène, auquel il donne le nom d'*aérophagie hystérique*; après cette observation, il a observé trois autres cas semblables chez des femmes. Divers auteurs relatent dans la suite des faits semblables, et décrivent les troubles gastriques qu'on peut rencontrer dans l'hystérie : ce sont MM. Pitres (1895), Verhoogen (1895), Obici (1895), Gilles de la Tourette (1895), Vauthey (th. de Lyon, 1896), Mathieu (1900).

CHAPITRE II

DE L'AÉROPHAGIE EN GÉNÉRAL

Ainsi que son nom l'indique, l'aérophagie est constituée par la déglutition de l'air atmosphérique. Nous n'avons en vue, ici, que la déglutition de l'air seul et non pas de l'air qui peut s'introduire avec les aliments solides ou liquides ou avec la salive sécrétée pendant l'abstinence : c'est là un fait constant et normal.

Cette déglutition de l'air atmosphérique seul peut être *volontaire* ou *indépendante de la volonté*.

L'aérophagie *volontaire* est une simple curiosité physiologique; elle ne nous arrêtera pas longtemps. M. Aubert (de Lyon) a publié sur ce sujet un *Bulletin du Lyon médical*, auquel nous ferons quelques emprunts. Certaines personnes jouissent, en effet, de la singulière propriété d'introduire de l'air dans leur estomac : « les unes réussissent du premier coup, lorsqu'on leur en suggère l'idée; pour d'autres, il faut un peu plus d'étude et quelques-unes ne peuvent y arriver. »

La déglutition de l'air se produit par le même mécanisme et d'après les mêmes lois que celle des aliments : le bol aérien est poussé dans l'œsophage comme

le bol alimentaire, à cette différence près que l'air, ayant une densité moindre, tend plutôt à s'élever qu'à descendre, de sorte que la pesanteur agit ici en sens inverse. « Le bol aérien descend lentement, et on ne peut le pousser un peu vite et sûrement jusqu'à l'estomac que par une série de déglutitions rapprochées et par la *vis a tergo* que les bols aériens, successivement introduits, exercent les uns sur les autres. » (Aubert.)

Comme on le voit, avaler de l'air est déjà intéressant, mais ce n'est là qu'une moitié de la question, et la moins curieuse peut-être. Nous cédon de nouveau la parole à M. Aubert : « L'air avalé, il faut le rendre, et trois voies sont ouvertes : l'une, de peu d'importance, la résorption intérieure, et les deux autres, comment m'exprimer... le haut et le bas. Nos pères désignaient ces émissions, lorsqu'elles sont bruyantes, par des mots courts et expressifs, dont l'usage n'est pas entièrement perdu, et qui se trouvent dans tous les dictionnaires ; mais les orthodoxes de la grammaire, Bescherelle et Littré déclarent ces termes bas et vils, et recommandent d'en éviter l'emploi. » Ce n'est point la voie inférieure que choisit ordinairement l'air pour s'échapper. Il est arrivé à M. Aubert (comme à nous-même, du reste, dans nos expériences), de se ballonner le ventre tout comme un hystérique, sans avoir la moindre émission de ce côté ; c'est surtout par l'éruclation que l'air est rejeté au dehors. Ces éruclations volontaires provoquent en même temps l'issue des gaz contenus dans l'estomac et diminuent la tension de cet organe. Il y a donc là une méthode thérapeutique susceptible de nombreuses applications : la déglutition volontaire de l'air

peut avoir une utilité incontestable et doit être recommandée pour favoriser les éructations ; bien des personnes, du reste, l'emploient sans s'en douter et diminuent ainsi la tension gênante de l'estomac, provoquée par un repas copieux.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'aérophagie volontaire. Ajoutons, en terminant, qu'on peut, avec intérêt, rapprocher de ces faits le cas de cet... *artiste*, aujourd'hui fort connu, qui, au lieu d'avaler de l'air par en haut, l'aspirait par... en bas, et l'expulsait ensuite bruyamment en produisant des effets musicaux des plus divertissants.

Nous abordons maintenant l'étude de l'aérophagie *involontaire* qui, elle, est d'ordre pathologique ; c'est d'elle seule qu'il sera question dorénavant dans notre travail.

Cette affection, étudiée en détail par M. Bouveret, est loin d'être rare ; il en existe de nombreux cas dans la science, et nous-même publions une dizaine d'observations inédites. M. Vauthey, qui en quatre ans a vu près de six cents malades à Vichy, en a observé six cas absolument typiques.

L'affection procède très ordinairement de l'hystérie, plus rarement de la neurasthénie ou d'une névrose génitale ; la plupart des malades sont des hystériques avérés, porteurs de tous les stigmates ; chez les autres, la névrose est moins apparente, mais en fouillant les antécédents héréditaires, on trouve toujours des lars névropathiques.

Le début des accès est presque toujours brusque et sous l'influence d'une cause provocatrice morale ou

d'origine extérieure ; c'est tantôt après une crise d'hystérie, le plus souvent après une forte émotion morale, la frayeur, la colère. Dans la suite, les accès peuvent être provoqués par une simple contrariété, par la pression de certaines zones hystérogènes.

Les crises d'aérophagie revêtent une physionomie caractéristique, pathognomonique, bien décrite par M. Bouveret ; elles sont constituées par l'association de deux phénomènes bien distincts, quoique très rapprochés. C'est d'abord la déglutition d'un ou plusieurs bols gazeux, accompagnée de bruits pharyngés, puis des éructations bruyantes rejetant l'air ingéré. Étudions en détail ces phénomènes.

Le pharynx exécute une série de trois ou quatre mouvements de *déglutition* brusques, rapides, convulsifs, absolument involontaires. Chacun de ces mouvements est accompagné d'un bruit très court, bref, mais sonore et perceptible à distance ; la bouche est fermée, le pharynx s'élève brusquement ; à ce moment, la flamme d'une bougie placée devant les narines ne présente aucune oscillation indiquant une émission de gaz.

Si l'on applique le stéthoscope au creux épigastrique, on entend une série de bruits métalliques, à timbre amphorique, dus à l'explosion de bulles gazeuses dans l'estomac ; l'auscultation de l'œsophage fait entendre une sorte de bruit de glou-glou. Tous ces bruits cessent en même temps que les mouvements du pharynx ; on peut également les arrêter en empêchant tout mouvement de déglutition, ce que l'on obtient par l'ouverture large de la bouche, par l'interposition d'un objet volu-

mineux entre les arcades dentaires (épreuve du bouchon), ou en déprimant fortement la langue.

De temps en temps, les mouvements de déglutition sont brusquement interrompus par une *éructation* sonore, bien plus bruyante que le bruit qui accompagne la déglutition elle-même et aussitôt suivie de l'émission d'une bouffée de gaz par la bouche et les narines. Ce gaz est tout à fait inodore, c'est de l'air. Les éructations sont bien moins fréquentes que les mouvements de déglutition (5 pour 40 environ); mais chacune d'elles expulse une quantité d'air bien supérieure à celle introduite par chaque déglutition (Bouverel).

L'air avalé n'est pas toujours entraîné dans l'estomac; fréquemment, il s'arrête dans l'œsophage, d'où il est ensuite rejeté. D'autres fois, il s'accumule dans la cavité stomacale, par suite d'un spasme du cardia. Enfin, si le sphincter pylorique est frappé d'atonie ou de paralysie sous l'influence de la névrose, l'air peut passer dans l'intestin, produisant alors une tympanite généralisée. Ces constatations sont intéressantes; elles nous expliquent la production de ces tympanismes brusquement développés chez les hystériques et qu'on interprétait autrefois par la décomposition chimique des aliments, avec développement gazeux intense, ou par des actions nerveuses arrivant à extraire des gaz du sang.

Les phénomènes que nous venons d'étudier ont une durée très variable; ils peuvent se succéder, sous forme d'accès, à intervalles très rapprochés (jusqu'à 60 fois par minute); d'autres fois, ils sont isolés et reparais-

sent après un temps plus ou moins long, une ou plusieurs minutes. On a vu des accès persister des journées entières, même pendant le repas. Ils cessent pourtant d'habitude pendant la déglutition volontaire des aliments. Ils disparaissent toujours pendant le sommeil. Ils deviennent plus rares et moins intenses pendant le repos et le calme complets, lorsque le malade est seul dans sa chambre, ou bien encore lorsque son attention est vivement sollicitée.

La pathogénie de ces curieux phénomènes a été expliquée par M. Bouveret. Ils sont dus à un « spasme clonique du pharynx » produisant une déglutition convulsive. L'estomac ne joue qu'un rôle secondaire ; c'est une névrose du pharynx, de nature hystérique. Chaque éructation est composée de deux phénomènes enchaînés l'un à l'autre : d'abord déglutition d'un bol gazeux, puis expulsion bruyante de ce bol gazeux. L'affection mérite donc bien le nom d'aérophagie.

Pitres résume la pathogénie en disant : « Ces éructations sont dues tout simplement à des spasmes musculaires systématiquement harmonisés, de façon à provoquer alternativement la déglutition et l'expulsion de quantités plus ou moins grandes d'air atmosphérique. »

On comprend que cette déglutition incessante d'air et le tympanisme qui en est la conséquence troublent sérieusement les fonctions de l'estomac ; c'est l'étude de ces troubles gastriques qui va faire l'objet de notre troisième chapitre.

CHAPITRE III

TROUBLES GASTRIQUES QUI ACCOMPAGNENT L'AÉROPHAGIE

L'aérophagie, même ancienne et invétérée, ne s'accompagne pas toujours de troubles digestifs; chez certains malades, la nutrition n'est pas troublée, l'appétit est normal, la digestion facile, les garde-robes régulières, l'embonpoint conservé.

Mais, dans la plupart des cas, il n'en est pas ainsi; à mesure que l'affection vieillit et que les accès deviennent plus fréquents et plus intenses, on voit apparaître des troubles dyspeptiques d'abord légers, intermittents, puis de plus en plus sérieux et tenaces. Certains malades arrivent même à un tel degré d'amaigrissement et de cachexie qu'on peut penser à la présence d'un néoplasme.

Ces troubles débutent d'une façon lente et insidieuse, le plus souvent à la suite de violents chagrins, de vives contrariétés; les coups, les traumatismes dans la région de l'estomac (obs. II) paraissent également jouer un rôle provocateur, ils localisent la névrose. «Les maladies, a dit Peter, atteignent les faibles et les points faibles.» On comprend d'ailleurs aisément que la distension répétée de l'estomac produise un certain nombre d'effets

morbides variés. On peut observer : 1° des effets immédiats; 2° des effets éloignés agissant sur les deux facteurs de l'activité stomacale : les sécrétions, les mouvements.

I. Les principaux effets *immédiats* sont d'ordre mécanique, sous la dépendance de la distension gastrique; celle-ci peut être extrême et former une voussure remplaçant la dépression normale du creux épigastrique et dessinant le contour de l'organe : on observe alors des malaises ou même de véritables douleurs irradiées aux lombes, à l'hypocondre et attribuées à la compression ou au tiraillement des fibres nerveuses terminales de l'estomac. Cette distension de l'estomac peut déterminer le déplacement des viscères mobiles; d'après Cuffer, l'estomac empiète et appuie sur le foie, dont la zone de matité se trouve ainsi modifiée. Les accidents plus graves résultent du refoulement du diaphragme et de la compression du cœur, des poumons; on constate alors de l'anxiété, de l'agitation, de l'insomnie, des accès d'oppression et de palpitations, symptômes variables dont l'intensité peut augmenter parfois rapidement jusqu'à une terminaison funeste (Vauthey).

On a même cité des cas mortels, dus à une pneumatose stomacale aiguë. Mais ces faits sont exceptionnels, et Gilles de la Tourette dit qu'on n'a donné aucune observation probante de terminaison fatale due à la pneumatose des hystériques.

En général, l'évolution n'est pas aussi sombre : les gaz, après avoir déterminé une tension passagère, des borborygmes, quelques douleurs vagues, sont expulsés par de bruyantes éructations et tous les symptômes s'amendent progressivement;

II. Les effets *éloignés* de la distension répétée de l'estomac peuvent troubler cet organe dans ses *sécrétions* et dans sa *motilité*.

La *sécrétion* gastrique n'est généralement pas troublée : dans tous les cas de ce genre qu'il a examinés, M. Boas l'a trouvée normale. Il n'est pas rare, cependant, d'observer un léger degré d'hypochlorhydrie. Chez un de nos malades (obs. IV), le chimisme stomacal a montré une diminution assez notable de l'acide chlorhydrique. Chez un autre, au contraire, il paraît exister de l'hyperchlorhydrie (obs. II) accusée par les symptômes fonctionnels, le chimisme stomacal n'ayant pas été fait. On ne doit guère attacher d'importance à ces faits ; on sait combien il est fréquent d'observer chez les névropathes soit de l'hypersecrétion passagère, soit surtout de l'hypochlorhydrie et même de l'anachlorhydrie temporaire. Quoi qu'il en soit, la sécrétion reste indemne dans l'immense majorité des cas.

Bien plus importants sont les troubles de la *motilité* ; ils sont constants chez les aérophages. Tous présentent une diminution plus ou moins marquée de la tonicité et de l'élasticité de la tunique musculaire. La paroi stomacale, affaiblie par des distensions répétées, reste flasque, se rétracte mal sur les *ingesta* ; elle cède facilement et se laisse distendre sous l'influence de la charge interne que représente la masse alimentaire. Cette atonie n'entraîne pas nécessairement une augmentation de capacité, et le matin, à jeun, l'estomac ne contient pas de résidu alimentaire. De plus, cet état n'est pas grave, permanent, irrémédiable,

comme la dilatation vraie avec rétention gastrique, qui est rare chez les aérophages,

L'insuffisance gastrique se traduit par des signes *physiques* et par des symptômes *fonctionnels*.

1° Les signes *physiques* sont les premiers en date, et, s'ils sont méthodiquement cherchés, permettent un diagnostic précoce.

Un très bon signe, facile à constater, est la prolongation insolite et la production facile du bruit de clapotage pendant toute la période digestive. En général, la limite inférieure de ce bruit ne dépasse pas la ligne de M. Bouchard, c'est-à-dire une ligne allant de l'ombilic au point le plus rapproché du rebord costal gauche; on peut cependant le percevoir jusqu'au-dessous de l'ombilic. On sait qu'à l'état normal le clapotage fait défaut après le repas, ou bien qu'il est difficile à provoquer et disparaît rapidement. On obtient aussi le clapotage chez ces malades à jeun, en leur faisant avaler un demi-verre d'eau; leur tonique musculaire insuffisante se rétracte mal sur la masse du liquide ingéré, l'estomac clapote facilement et longtemps. Pour la même raison, on obtient aisément le bruit de succussion. Il n'est pas à craindre que ces bruits gastriques soient confondus avec des bruits analogues de l'intestin, car ces malades ont une constipation habituelle.

Un autre signe presque constant est le tympanisme abdominal. La sonorité stomacale est bien plus étendue qu'à l'état normal et peut remonter jusqu'à la hauteur du sein. Le météorisme s'étend également à l'intestin; par suite d'un spasme du cardia, l'air avalé ne ressort

pas immédiatement ; il passe souvent dans l'intestin, produisant un météorisme généralisé ; tout le ventre est ballonné et sonne comme un tambour. Cependant les émissions de gaz par l'anus sont très rares.

La région épigastrique est sensible à la pression, et cette dernière amène souvent une violente recrudescence des spasmes pharyngés.

Pour compléter l'énumération des signes physiques, ajoutons qu'on trouve souvent, chez les femmes, les signes de l'entéroptose ; cette affection, fréquente chez les aérophages qui sont tous des neurasthéniques, se traduit par la déformation et la flaccidité de la paroi abdominale, par des battements artériels de l'épigastre, par le prolapsus du côlon, du foie et du rein droit ;

2° Les troubles *fonctionnels* font défaut pendant une longue période, et l'affection reste à l'état latent, mais il suffit d'un écart de régime pour les faire apparaître. L'estomac n'est déjà plus capable de suffire à un surcroît de travail momentané ; il est devenu plus vulnérable.

A une période plus avancée, les troubles dyspeptiques sont très appréciables ; ils apparaissent surtout pendant l'activité de l'organe malade. A jeun, à distance des repas, le patient n'éprouve pas de malaises. Pendant la période digestive, l'insuffisance de la motricité a pour premier effet de diminuer le mélange intime et total du contenu gastrique et du liquide digestif, de sorte qu'une certaine quantité du premier, variable suivant l'intensité du trouble fonctionnel, échappe à l'action modificatrice de la sécrétion et peut devenir la proie des agents fermentatifs. Le second effet est de

déterminer un séjour beaucoup plus long qu'à l'état normal de la masse alimentaire dans l'estomac. Un estomac sain doit être vide sept heures après l'ingestion d'un repas solide ; chez les aérophages hyposthéniques, l'évacuation de l'estomac est encore très incomplète au bout de ce laps de temps.

Ces deux causes, imperfection de la chymification et retard de l'évacuation dans le duodénum, amènent des sensations très pénibles de poids, de tension, de plénitude à la région épigastrique : elle est tendue, ballonnée, et le malade y supporte mal le contact des vêtements. A ce malaise local s'ajoutent la pesanteur de tête, la rougeur de la face, l'inaptitude au travail intellectuel, même la somnolence, indices des troubles réflexes qu'une digestion mauvaise provoque dans la circulation encéphalique.

Ces sensations de pesanteur durent plus ou moins, suivant le degré de l'atonie, en général de une à trois heures. Dans les cas invétérés, déjà voisins de la dilatation, la phase dyspeptique se prolonge beaucoup plus longtemps, presque jusqu'à l'heure du repas suivant, et il n'est pas rare que l'évacuation de l'estomac, quand elle est enfin terminée, laisse une autre sensation également pénible de vide et de tiraillement à l'épigastre.

Bientôt apparaissent les éructations, car c'est au moment du travail digestif que ces malades voient redoubler leurs crises d'aérophagie ; les accès qui dans la matinée, à jeun, sont généralement peu intenses, se réveillent et s'accroissent par l'absorption de quelques aliments ou boissons, même en petite quantité ; les

éructations sont bruyantes, abondantes, durent souvent quatre ou cinq heures et ne disparaissent quelquefois qu'un peu avant le repas du soir. La tension de l'épigastre est très vive lorsque les accès de spasmes ont été intenses; s'il survient alors une éructation copieuse, cette sensation pénible diminue ou disparaît, elle se reproduit à la suite d'une nouvelle série d'accès. Les gaz éructés n'ont ni goût, ni odeur, et sont formés uniquement d'air atmosphérique; cependant, si l'estomac atone est accidentellement le siège de fermentations anormales, les renvois peuvent avoir une odeur butyrique, les gaz étant alors de l'hydrogène et de l'acide carbonique.

Le même syndrome se répète après le repas du soir; le sommeil s'accompagne d'un peu d'agitation, de rêves, de cauchemars, et il n'est pas rare que, vers le milieu de la nuit, le patient se réveille et voie reparaître ses éructations.

La *constipation* est très commune chez les aérophages hypotoniques; elle constitue la règle très générale; elle est le trouble intestinal le plus commun. Il n'est pas rare qu'elle soit extrêmement prononcée et qu'elle finisse par provoquer l'entérite muco-membraneuse.

En général, il n'y a ni vomissements, ni régurgitations de liquides ou d'aliments pendant ou après le repas; seulement s'il survient après le repas quelques éructations violentes, elles entraînent, parfois un peu de liquide ou quelques parcelles d'aliments solides.

L'appétit est le plus souvent diminué. Un symptôme également fréquent est la sensation de satiété précoce. Le malade se met à table avec un appétit suffisant

mais, bien avant la fin du repas, il se sent déjà rassasié.

L'amaigrissement est la conséquence naturelle de cet état, et l'on observe de très notables diminutions de poids, tel notre malade de l'observation IV qui avait perdu 18 kilogrammes.

L'état saburral des premières voies digestives est souvent très accentué ; la langue est épaisse, blanchâtre, recouverte d'un enduit visqueux, la bouche est pâteuse, l'haleine fétide.

Cet état gastrique ne provoque généralement pas de troubles sérieux de la nutrition générale ; mais on trouve fréquemment associés des troubles fonctionnels du système nerveux tels que la céphalée, l'émotivité, le vertige, la perte des forces, l'asthénie neuro-musculaire.

Telle est la forme ordinaire, bénigne, de l'aérophagie compliquée de troubles gastriques. Il existe aussi une forme plus grave, plus sévère, dans laquelle nous retrouvons les mêmes symptômes, les mêmes sensations épigastriques après le repas ; mais à ce tableau s'ajoute un trait nouveau, la nutrition subit une sérieuse atteinte.

Les patients perdent leurs forces, pâlissent et maigrissent. Cet amaigrissement est d'autant plus digne d'attention que la ration alimentaire peut être encore assez copieuse et à peu près suffisante. De plus, cet amaigrissement est rapide et il se continue malgré le traitement jusqu'à un certain degré auquel il se maintient. Dans quelques cas plus sévères encore, la peau devient sèche, terreuse et le facies prend un aspect cachectique. A première vue des malades ainsi frappés,

on ne peut se défendre de l'idée d'un néoplasme, d'autant plus que la motilité de l'estomac est sérieusement compromise et que l'atonie gastrique a abouti à la dilatation vraie; on a de la stase alimentaire dans l'estomac avec production de fermentations très actives; des gaz fétides s'ajoutent alors à l'air éructé. Les vomissements sont fréquents. Dans un cas de M. Bouveret, la malade avalait de l'air avec ses aliments et présentait à la fin du repas un énorme ballonnement; elle vomissait presque tout et on dut l'alimenter avec la sonde. La constipation est opiniâtre. En même temps l'état neurasthénique s'accroît; les malades, tourmentés par des éructations incessantes, n'osent plus paraître en public; ils sont tristes, déprimés, sans cesse hantés par des idées sombres, se plaignant de tout et avec un ton de reproche, voyant toute chose par le mauvais côté. Ils sont fort enclins à l'hypocondrie, et, bien plus que les véritables cancéreux, ils ont la crainte d'un mal incurable et d'une mort prochaine. Les traitements ordinaires des états dyspeptiques sont inefficaces, et l'on réussit mieux en traitant par des moyens convenables l'état général névropathique.

Tel est, fidèlement reproduit, le tableau symptomatique des troubles stomacaux produits par l'aérophagie. Ce tableau se rapproche par bien des points de celui de la dyspepsie nerveuse; il ressemble à cet état que M. Bouveret a décrit sous le nom d'atonie gastro-intestinale neurasthénique, si bien qu'on pourrait se demander si ces troubles gastriques sont bien *consécutifs* à l'aérophagie; ou bien si ce sont de simples

troubles dyspeptiques comme en présentent tous les névropathes, l'aérophagie n'étant alors qu'un symptôme *concomitant* et sans relations de cause à effet. Cette hypothèse serait encore rendue vraisemblable par ce fait que les troubles gastriques existaient fréquemment bien avant le début des crises aérophagiques.

Cette objection avait, à un moment donné, ébranlé notre conviction, d'autant plus qu'elle était soulevée devant nous par un spécialiste des plus compétents, M. le Dr Vauthey, médecin à Vichy. Mais l'étude approfondie des nombreuses observations d'aérophages que nous avons eues sous les yeux, nous a amené aux deux conclusions suivantes : 1° Dans la grande majorité des cas, les troubles dyspeptiques n'apparaissent que longtemps après le début des accès spasmodiques, quand ceux-ci sont fréquents, intenses et entraînent assez d'air dans l'estomac pour produire des distensions répétées, en un mot, quand l'affection est ancienne, invétérée ; 2° si des troubles existaient déjà, l'aérophagie les aggrave toujours.

Ces réserves faites, nous ne nions pas que la théorie de M. Vauthey soit parfois exacte ; nous allons même plus loin et nous pensons que, dans certains cas, ce sont les troubles gastriques antérieurs qui sont la cause plus ou moins directe de l'aérophagie ; ces troubles fonctionnels, ces dyspepsies nerveuses préparent le terrain ; ils amènent un état de débilité générale, une sorte de « faiblesse irritable » du système nerveux, suivant le mot de Charcot, et c'est alors qu'apparaît le spasme pharyngé.

On voit par là combien nous nous abstenons de toute idée exclusive, absolue; nous pensons que la pathogénie d'une affection n'est pas toujours univoque; en médecine, on ne peut, comme en mathématiques, établir des règles fixes et invariables. Nous prétendons simplement que l'aérophagie amène presque toujours des troubles du côté de l'estomac, si par un traitement approprié on arrive à faire cesser les spasmes, la dyspepsie disparaît elle-même comme par enchantement en vertu de cet adage : *Ablata causa, tollitur effectus*.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les accès d'aérophagie présentent des caractères bien déterminés, presque pathognomoniques ; il semble que le diagnostic devrait s'imposer, et cependant ils sont souvent méconnus.

La plupart des malades dont nous publions les observations étaient traités, les uns pour de la dyspepsie flatulente ou de l'atonie gastrique avec fermentations, les autres pour de la dilatation simple.

Au premier abord, on peut croire, en effet, qu'il s'agit de *dyspepsie flatulente* et que les bruits pharyngés sont dus à l'explosion dans le pharynx de gaz expulsés en grande quantité d'un estomac malade. La confusion est d'autant plus facile que le syndrome flatulent est quelquefois surajouté à la déglutition de l'air : il s'agit alors d'aérophages dont l'estomac plus ou moins atone est le siège de fermentations actives se traduisant par des éructations fétides. En outre, ces malades avalent quelquefois l'air silencieusement, sans bruit, presque en se cachant ; il faut une observation attentive pour voir les mouvements de déglutition et l'ascension du larynx. Ajoutons, enfin, que dans la

dyspepsie flatulente, le tableau symptomatique est à peu près le même : pesanteur et somnolence après le repas, tension et ballonnement de la région épigastrique, obligeant le malade à desserrer ses vêtements, quelquefois distension extrême de l'estomac; puis éructations plus ou moins fréquentes et abondantes, tantôt inodores, tantôt à odeur butyrique, acétique ou fétide.

Le diagnostic n'est donc pas toujours facile. Si l'on n'a jamais vu d'accès d'aérophagie, on risque fort, surtout dans les formes frustes, de laisser passer inaperçus les mouvements de déglutition. On ne voit bien, dit Charcot, que ce qu'on a appris à voir.

Le diagnostic se fera par l'observation attentive du malade : dans la dyspepsie flatulente, les gaz viennent de l'estomac, on n'a que des éructations simples, et non ces mouvements de déglutition, si caractéristiques, accompagnés de petits bruits pharyngés. Si l'on voit le patient au moment d'un accès, on constatera que chacun de ces petits bruits brefs, peu sonores, s'accompagne d'un mouvement du pharynx, et ce mouvement est bien un mouvement de déglutition; ce n'est pas un simple mouvement de projection, comme celui qui accompagne l'éructation; le larynx s'élève vivement, la bouche est fermée et la flamme d'une bougie placée au-devant des narines reste immobile pendant toute une série de ces bruits pharyngés. Puis, de temps en temps, survient une véritable éructation, et il est alors bien facile d'établir la distinction entre les deux bruits, celui qui accompagne le mouvement de déglutition et celui qui se produit au moment d'une véritable éructation. Les accès apparaissent le matin dès le réveil, avant

que le patient ait pris aucun aliment. Cette circulation de gaz à travers le pharynx est d'une extrême activité, et il est impossible qu'il s'en produise dans l'estomac une aussi grande quantité, même en admettant que les aliments y subissent des fermentations anormales très actives. Enfin, quand une véritable éructation ramène des gaz de l'estomac, entre deux séries de mouvements de déglutition, ces gaz n'ont aucune odeur (Bouveret).

Une autre élément de diagnostic, très important, est l'association aux troubles digestifs de symptômes hystéro-neurasténiques ; tous les aérophages sont des hystériques ; les variations de leur état psychique ont une influence très marquée sur la marche de leur maladie ; chez eux, les troubles gastriques présentent des oscillations, des modifications temporaires, qui n'existent point ou sont beaucoup plus rares, quand il s'agit d'une affection organique de l'estomac.

Nous avons vu qu'on pouvait aussi confondre l'aérophagie avec l'ectasie gastrique, accompagnée de fermentations très actives ; la confusion est d'autant plus facile que les aérophages ont souvent de la dilatation vraie : on ne voit que l'effet, la cause est entièrement méconnue. Le diagnostic se fera comme ci-dessus, par la constatation des symptômes classiques de l'aérophagie. Du reste, la dilatation, chez ces malades, n'est que passagère : elle ne constitue pas un état grave, permanent, irrémédiable, avec de la rétention gastrique, des vomissements répétés, etc. Elle ne se traduit guère que par une augmentation de la sonorité gastrique et par la production facile du bruit de clapotage. Elle disparaît en même temps que les accès spasmodiques.

La conclusion à tirer est qu'en présence d'un malade névropathe, se plaignant surtout d'éruclations et de renvois, et porteur, soit de troubles dyspeptiques simples, soit même d'ectasie gastrique, on doit toujours songer à l'aérophagie ; on en recherchera méthodiquement les signes, on demandera si les accès d'éruclations surviennent le matin à jeun, avant l'absorption de tout aliment, on s'informerá du mode de début de l'affection, début plus ou moins brusque, à la suite de chagrins ou d'émotions, on étudiera la marche plus ou moins irrégulière, avec des guérisons subites, temporaires, ou de violentes recrudescences à la suite de secousses morales. Le diagnostic sera aidé par la coexistence de manifestations hystériques et par la constatation des stigmates. Enfin tous les doutes seront levés par l'observation attentive du malade au moment d'un [de ses accès d'aérophagie.

Nous pensons donc qu'il est facile, en [présence des troubles digestifs ci-dessus mentionnés, de les rapporter à leur véritable cause ; il suffit d'avoir l'attention attirée de ce côté. Ici, comme dans telle grande découverte, le diagnostic est bien simple, toute la difficulté est d'y songer.

CHAPITRE V

MARCHE, DURÉE ET PRONOSTIC

L'aérophagie, avons-nous dit, est presque toujours de nature hystérique ; comme toutes les manifestations de cette névrose, elle a une marche essentiellement irrégulière. La durée est des plus variables, et il est impossible d'assigner des limites quelconques.

L'affection peut guérir subitement, sous l'influence des moyens les plus simples.

M. Bouchard (cité par M. Pitres) aurait obtenu en vingt minutes une guérison radicale et définitive, par la simple interposition d'un objet volumineux entre les arcades dentaires. On a également cité le cas d'une jeune fille de 13 ans dont le spasme résistait depuis quatre mois à toute espèce de médication ; on eut l'idée de lui faire prendre des pilules de *mica panis* en les lui présentant comme un remède d'une extrême énergie ; quarante-huit heures après, il y avait une amélioration notable ; on eut alors recours à quatre gouttes d'*aqua distillata* colorées au bleu de méthylène ; ce médicament héroïque acheva la cure et fit disparaître très rapidement les derniers vestiges de l'affection. A côté de ces cas, on en trouve d'autres qui sont d'une ténacité désespérante. Les récidives sont fréquentes, et

l'on ne doit pas se flatter trop tôt d'avoir obtenu une guérison définitive.

En somme, s'il n'est pas grave *quoad vitam*, le pronostic ne laisse pas que d'être assez sérieux, parce que l'aérophagie est un des accidents les plus désagréables de l'hystérie. Les éructations font parfois un tel vacarme que les malades sont obligés de se terrer au fond de leurs appartements, n'osant plus paraître en public. Chez certains peuples, il est vrai, on tolère bien l'éructation ; elle est une marque de politesse et le témoignage bien accueilli de satisfaction d'un estomac reconnaissant ; s'il faut en croire Gustave Flaubert, dans les restaurants turcs, toute l'assistance « rote à qui mieux mieux » ; de même les Arabes, d'après M. Aubert, permettent aux fils d'Eole, prisonniers chez nous, de s'échapper bruyamment par la bouche, mais ne leur pardonnent pas de prendre un autre chemin. Chez nous, il n'en est pas ainsi et un de ces chemins ou un de ces bruits est considéré comme tout aussi incongru que l'autre ; on ne le tolère pas en honnête compagnie ; aussi, sous peine de s'exposer à des railleries perpétuelles, les aérophages sont obligés de se condamner à une claustration relative, et cet isolement forcé peut durer fort longtemps, les éructations pouvant persister pendant des mois et des années.

Les troubles gastriques qui accompagnent l'aérophagie comportent un pronostic bénin, ils sont passagers et disparaissent en même temps que la déglutition spasmodique ; les symptômes sont pénibles, parfois douloureux, mais sans gravité. En somme, il ne s'agit ici que d'un phénomène nerveux, d'une névrose de la motilité ; l'estomac est indemne de lésions organiques.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

On ne doit pas oublier que l'aérophagie n'est qu'une manifestation hystérique. L'indication principale est donc de traiter la maladie causale, la névrose, et la guérison ou l'amélioration de celle-ci sera suivie de la disparition du symptôme que nous avons en vue. Cependant celui-ci peut être guéri dans certains cas par des moyens locaux. Enfin, on ne doit pas négliger les troubles gastriques.

Trois indications se posent donc :

- 1° Traiter l'état général hystérique ,
- 2° Faire cesser le spásme du pharynx ;
- 3° Traiter les troubles dyspeptiques.

1° Le traitement général de l'hystérie est la première indication à remplir ; les moyens qui le composent sont trop connus pour que nous insistions longuement ; ils se résument en une certaine direction morale, le changement de milieu, l'éloignement de toute cause d'excitation, et surtout l'hydrothérapie, sous forme de douches générales, courtes et tempérées. La dépression cérébrale est une condition fâcheuse et aggrave les troubles dyspeptiques. Le médecin doit donc s'appli-

quer à ranimer l'énergie morale du patient. Il est utile d'éloigner de lui les soucis, les préoccupations professionnelles ou autres. En été, on conseillera un séjour prolongé à la montagne ; le patient reviendra souvent très heureusement transformé. En hiver, si ses ressources lui permettent le déplacement, on l'enverra dans un climat chaud et ensoleillé. On conseillera utilement les exercices physiques gradués, sans surmenage, et la distraction sous toutes les formes possibles.

Dans le traitement de l'hystérie, les agents physiques réussissent mieux que les médicaments. Le fer et l'arsenic conviennent cependant aux cas compliqués d'anémie. Pour relever les forces du système nerveux, on prescrira avec avantage les toniques généraux : quinquina, glycérophosphate de chaux, etc.

2^o Contre les spasmes cloniques du pharynx, on essayera d'abord quelques moyens locaux qui ont amené la guérison de certains cas bénins : tels sont la béance prolongée de la bouche, les badigeonnages cocaïnés du pharynx et de l'œsophage, la révulsion au moyen d'un vésicatoire appliqué dans la région pré-laryngée, enfin la cravate de Piorry ; ce dernier moyen consiste à comprimer le larynx à l'aide d'une cravate médiocrement serrée, « laquelle appliquant le cartilage thyroïde sur le pharynx et la colonne vertébrale, empêche la déglutition de l'air ». On a recommandé aussi la faradisation du phrénique.

Ces moyens ne réussissent guère lorsque l'affection est déjà ancienne, quand les accès sont intenses et fréquemment répétés. On s'adressera alors aux antispasmodiques. Le bromure de potassium paraît être le

plus efficace ; outre son action sédative sur le système nerveux en général, il a l'avantage de diminuer l'hyperesthésie de la muqueuse pharyngée, hyperesthésie qui est souvent la cause du spasme ; on donnera le bromure aux doses quotidiennes de 2 à 6 grammes. La valériane, la belladone, l'opium ont également donné des succès.

Ajoutons, pour terminer, qu'on doit toujours essayer un traitement moral : nous avons vu plus haut le cas de cette jeune fille, malade depuis quatre mois, et qui avait été guérie en quarante-huit heures par des pilules de *mica panis*, administrées avec le cérémonial d'usage. On utilisera les ressources, souvent si précieuses, des méthodes hypno-thérapiques ; on tâchera d'endormir le malade, et, si l'on ne peut y réussir, on essaiera la suggestion à l'état de veille.

3° Pour ce qui est du traitement même des troubles digestifs accompagnant l'aérophagie, il y a d'abord beaucoup de choses à éviter. Les poudres digestives, les alcalins, les antiseptiques, les poudres absorbantes, etc., souvent employés d'une façon banale dans la plupart des états dyspeptiques, ne présentent ici aucune utilité. On peut en dire autant de la plupart des eaux minérales ; il n'est pas rare qu'elles aggravent les troubles digestifs au lieu de les améliorer.

Le lavage de l'estomac est le plus souvent inutile ; il n'est indiqué que dans les cas d'ectasie gastrique, compliquée de rétention, et ces cas sont rares ; encore doit-il être appliqué avec beaucoup de modération. On réservera de même les antiseptiques pour les cas où l'estomac atone est le siège de fermentations anor-

males : parmi eux, l'acide salicylique et le salicylate de soude paraissent arrêter le plus efficacement le dégagement des gaz, le premier aux doses de 3 à 50 centigrammes, le second aux doses de 1 à 2 grammes.

L'indication principale est d'augmenter la tonicité et la contractilité de la tunique musculaire, en d'autres termes de faciliter la rétraction et de diminuer la capacité de l'estomac trop grand. Les principaux médicaments usités sont : la poudre d'ergot de seigle, à la dose quotidienne de 20 à 40 centigrammes ; l'extrait de noix vomique (5 centigrammes) ; la teinture de noix vomique (X à XX gouttes) ; le sulfate de strychnine (5 à 10 milligrammes). Ces substances stimulent la contractilité des fibres lisses. Leur action pourra encore être aidée par l'électrisation ou le massage de l'estomac, par la douche stomacale.

La diététique doit être réglée de façon à éviter la surcharge de la tunique musculaire affaiblie ; il convient de choisir des aliments qui nourrissent bien sous un faible volume et d'éviter le superflu des *ingesta* liquides.

Puisque la sécrétion est généralement ralentie, il est naturel de prescrire la pepsine et l'acide chlorhydrique ; pour ce dernier, on fera usage d'une solution contenant de 3 à 5 grammes d'acide du commerce pour 1 litre d'eau ; le patient en prendra deux doses d'un demi-verre après chaque repas, la première une demi-heure au moins après la fin du repas.

Dans le traitement de la constipation, il ne faut pas abuser des purgatifs, surtout des purgatifs salins ; en général, on doit préférer les laxatifs, qui excitent la

motilité plutôt que la sécrétion. On emploiera des doses modérées de rhubarbe, de cascara, de podophylle, d'aloès, d'évonymine. Les lavements doivent être de petit volume ; l'eau pure et fraîche est souvent préférable ; on peut y joindre quelques grammes de glycérine. Si la constipation résiste à ce traitement, on aura recours à l'électrisation ou au massage du gros intestin.

Chez les femmes, où l'affection se complique souvent d'entéroptose, la sangle de Glénard rendra d'appréciables services.

Doit-on envoyer les aérophages à Vichy ? Bien que ces malades ne présentent pas d'hyperchlorhydrie et qu'il n'y ait pas d'indications de prescrire les alcalins, l'expérience prouve qu'une cure thermale amène souvent une amélioration notable (observations IV, V, VI, VII, VIII). Sur les six malades qu'il a traités à Vichy, M. le Dr Vauthey a eu cinq améliorations considérables. L'hydrothérapie, le repos, la distraction sous toutes ses formes, ont probablement, dans ces succès, plus de part que l'eau minérale elle-même.

Tel est, à notre avis, le traitement rationnel de l'aérophagie compliquée de troubles gastriques. On obtiendra sous son influence une amélioration lente mais continue, aboutissant à une guérison définitive ; celle-ci cependant ne doit pas être annoncée trop tôt ; les récidives sont fréquentes. Il faut se rappeler qu'en matière de manifestations hystériques on n'est jamais sûr du lendemain.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I⁴ (inédite).

Jules V..., cinquante-sept ans, tisseur, habitant à Lyon (Croix-Rousse).

Antécédents héréditaires. — Père mort avec de l'oppression. Mère n'avait pas une très bonne santé. Il a eu huit frères et trois sœurs. Il n'y a jamais eu de maladie nerveuse dans sa famille.

Antécédents personnels. — A treize ans il a eu la variole, et à dix-sept ans la scarlatine. Il a été sept ans militaire. Il a eu la fièvre intermittente en Afrique.

Marié ; trois enfants. Un est mort il y a deux ans.

Depuis quelques années, il avait un peu d'oppression. Il y a cinq ans, il fit une chute, et c'est depuis ce moment qu'il a ressenti des troubles gastriques très marqués. Il a, après les repas, des sensations très pénibles de pesanteur ; quelquefois, il a des efforts de vomissements. Il lui est impossible, dit-il, de manger de la viande. Les sensations de pesanteur, de plénitude à l'épigastre, durent plus ou moins longtemps, en général de une heure à deux heures ; elles s'accompagnent de lourdeur de tête, de somnolence, de rougeur de la face, d'incapacité au travail. Ces divers troubles l'ont même obligé, depuis quelque

⁴ Les observations I, II et III sont dues à l'extrême obligeance de M. le Dr Lyonnet que nous remercions vivement.

temps, à abandonner tout travail. Pas de constipation. Tous les phénomènes ont persisté depuis cinq ans, et se sont même accrus depuis deux ans, époque à laquelle il a perdu son fils.

État actuel. — En examinant le malade, et cela à plusieurs reprises, on est frappé immédiatement par l'apparition de temps en temps d'éruclations très sonores. Ce phénomène est très fréquent chez lui, dit-il, et surtout quand il est ému. En l'observant attentivement, on voit que, avant ces éruclations, le malade exécute une série de déglutitions. Il suffit de presser légèrement sur l'estomac pour produire une série presque ininterrompue de bruyantes éruclations.

L'examen de l'estomac révèle une augmentation énorme de la sonorité gastrique. L'estomac paraît extrêmement distendu ; on obtient difficilement le clapotage.

La palpation de l'abdomen est négative ; il y a pourtant un certain degré de météorisme abdominal.

L'examen des organes est négatif, sauf un léger degré d'emphysème.

Le malade, en outre de ces troubles digestifs qui l'inquiètent surtout (pesanteur, état nauséeux, vomissements), se plaint d'être devenu extrêmement nerveux ; il a, dit-il, des idées noires. Il n'existe aucun signe d'une affection organique du système nerveux.

L'examen des urines est négatif.

OBSERVATION II (personnelle).

Aérophagie. Troubles gastriques.

M. T..., bourrelier à H... (Isère).

La mère du malade serait morte d'une maladie nerveuse.

Le malade étant jeune était sujet à de fréquents maux de tête. Variole à dix-huit ans. Il n'a jamais fait d'abus de tabac ni d'alcool. Il s'est marié à quarante-six ans. Sa profession

l'obligeait à un travail assez pénible ; il était obligé très fréquemment d'appuyer l'épigastre contre des colliers et autres objets qu'il fabriquait.

A quarante-huit ans, il prit un refroidissement, dit-il. Il eut à ce moment des douleurs à l'estomac. Il avait de fréquents renvois. La maladie aurait duré six mois. Il eut ensuite une très bonne santé.

Début et marche de l'affection actuelle. — Il y a quinze mois, le malade perdit sa femme ; il eut un gros chagrin, resta seul très longtemps. Il eut de plus des arrangements de famille très difficiles et qui le tourmentèrent beaucoup. Les premiers jours de janvier 1900, le malade reprend ce qu'il appelle sa fatigue d'estomac. Il reprit de fréquentes éructations et des troubles gastriques multiples.

Cet état s'améliora un peu au mois de mai, puis reparut à nouveau.

Etat actuel. — Depuis une dizaine de jours, tous les phénomènes dont se plaignait le malade sont revenus ; il a, dit-il, extrêmement souvent, de bruyantes éructations qui surviennent en séries.

Pendant l'examen, on constate à plusieurs reprises un semblable phénomène. En observant attentivement le malade, on voit de temps en temps une série de déglutitions précipitées, le malade à ce moment avale silencieusement l'air qu'il expulse ensuite bruyamment. Il semble que le phénomène s'exagère lorsqu'on observe le malade.

Mais ce ne sont pas ces éructations qui tourmentent le plus le malade. Il se plaint de maux d'estomac, dit-il ; il sent presque constamment, et surtout après les repas, une pesanteur pénible à la région épigastrique. Parfois cette douleur est plus aiguë. Jamais il n'a de vomissements.

Les fonctions de l'intestin s'exécutent mal, le malade se plaint d'une assez forte constipation.

Il a peu d'appétit ; il a maigri dans ces derniers temps et se plaint surtout d'avoir perdu ses forces.

Il ne tousse pas ; n'a pas de palpitations de cœur.

Il ne se plaint en somme que de son estomac.

A l'examen du malade, la langue est bonne, la dentition suffisante. La région de l'estomac n'est pas douloureuse et le malade se laisse aisément palper. On constate une augmentation de la sonorité gastrique. En appuyant sur l'estomac, on provoque les éructations bruyantes signalées plus haut. Aucune sensation de tumeur dans la région épigastrique.

L'abdomen est un peu dur. Les organes examinés en détail paraissent sains.

Il n'y a rien aux poumons ni au cœur.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Novembre 1900. — On a des nouvelles du malade par son médecin traitant... les crises aérophagiques sont moins intenses, mais n'ont pas disparu ; elles sont souvent provoquées par un écart de régime. Il va cependant beaucoup mieux et peut travailler. Il paraît avoir de l'hyperchlorhydrie.

OBSERVATION III (personnelle).

*Aérophagie. Troubles gastriques. Dilatation de l'estomac.
Constipation.*

M^{me} Roch..., cinquante-cinq ans, accoucheuse. Vue en septembre 1900.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ni personnels. La malade a toujours été bien portante, sauf une pneumonie. Elle a eu quatre enfants dont deux sont morts. Elle exerce la profession de sage-femme dans les environs de Roanne. Elle a eu souvent des moments très pénibles. Depuis une quinzaine d'années, elle se plaignait un peu de l'estomac. Au mois de juillet dernier, elle a eu deux crises douloureuses, paraissant avoir été des coliques hépatiques.

Début et marche de l'affection actuelle. — Il y a cinq ans, la malade a eu de violents chagrins. La fatigue d'estomac a beaucoup

augmenté dès ce moment. Elle a fait plusieurs saisons à Vichy, mais sans en retirer grand bénéfice.

Etat actuel. — La malade se plaint d'avoir très souvent des douleurs plus ou moins sourdes à l'estomac. Ces douleurs arrivent surtout après les repas. Elle a très souvent des renvois très nombreux. Elle a fréquemment de la constipation.

En examinant cette malade, on voit que de temps en temps elle exécute une série de déglutitions rapides et que c'est quelques instants après qu'elle a ces renvois.

L'examen de l'abdomen montre un relâchement considérable de la paroi.

L'estomac est dilaté et l'on obtient facilement du clapotage. En appuyant même assez légèrement sur l'estomac, on amène des éructations.

L'examen des organes est négatif. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

Novembre 1900. — La malade donne de ses nouvelles : sous l'influence du traitement (régime des dilatés, amers et toniques, sanglé de Glénard, valériane), les accès d'aérophagie ont bien diminué de fréquence et d'intensité, mais ils existent encore. La malade se plaint d'une fatigue générale.

OBSERVATION IV (inédite ¹).

Névropathie, neurasthénie, aérophagie, troubles digestifs, constipation.

M. R ... trente-trois ans, instituteur. Vu en septembre 1897.

Mère atteinte de maladie d'estomac.

Pas d'antécédents personnels. Dents bonnes ; mangeait vite.

Pas d'alcoolisme. Ne fume pas.

¹ Cette observation, ainsi que les cinq observations suivantes sont dues à l'extrême obligeance de M. le Dr Vauthey, à qui nous adressons nos remerciements.

Très nerveux et impressionnable. Jamais de crises. Pas de troubles de la sensibilité générale. Diminution du réflexe conjonctival. Hyperesthésie sensorielle.

Affection actuelle a débuté il y a trois ans, après surmenage ; sans aucun autre symptôme, vomissements alimentaires, peu abondants, deux à trois heures après les repas, puis quelques vomissements glaireux, amers, quelquefois verdâtres. En même temps, ballonnement abdominal marqué, et éructations nombreuses. Puis les vomissements ont cessé. Alors gêne et pesanteur après les repas, et éructations abondantes, se prolongeant pendant plusieurs heures. Légère douleur et brûlure gastrique. Ingestion de vin produisait brûlure. Dans la journée, quelques éructations, mais éructations très abondantes dans les quatre à cinq heures qui suivaient le repas de midi, et un peu le soir.

Actuellement. — Amaigrissement (57 kilog. au lieu de 75). Facies pâle, muqueuses un peu décolorées. Langue bonne, rarement bouche amère. Appétit assez bon.

Après les repas, un peu de pesanteur, ballonnement presque nul, somnolence, travail intellectuel moins facile, et bientôt éructations bruyantes et abondantes, à intervalles variables, pendant quatre à cinq heures, sans goût ni odeur ; disparaissent généralement un peu avant le repas du soir. Après le repas du soir, mêmes phénomènes ; les éructations cessent si le malade se couche et s'endort, pour reprendre très fortes et abondantes quand le malade se réveille une à deux heures après. Dans la matinée, à jeun, quelques accès d'éructations peu prolongés, mais réveillés et accrus par l'absorption de quelques aliments ou boissons même en minime quantité. Avant les éructations, gêne et tension stomacales.

A simple vue du malade, on diagnostique aérophagie, accès classiques.

Autrefois selles normales, quotidiennes ; depuis six mois, constipation simple.

Phénomènes neurasthéniques marqués, dépression cérébrale ; malade préoccupé uniquement de son affection, s'observe et étudie ses symptômes ; dort mal, lassitude, abattement.

Examen. — Ventre non ballonné. Un peu de contracture réflexe de la paroi. L'abdomen a la sonorité normale. Pas de tympanisme gastrique marqué. L'estomac descend à l'ombilic; léger clapotage après un demi-verre d'eau.

Région épigastrique légèrement sensible à la pression.

Rien au foie. Rien aux poumons ni au cœur. P. = 88.

4 septembre. — On fait le chimisme stomacal. L'examen du liquide gastrique ne montre qu'une très légère diminution de l'acide chlorhydrique.

Traitement. — Régime. Hydrothérapie.

20 septembre. — Amélioration manifeste. Etat intellectuel meilleur; disposé à travailler avec plus d'attention et moins d'effort. Plus gai, moins énervé. Dort bien, pas de réveil. Appétit bon; n'a plus de troubles digestifs, aucun malaise, pas de régurgitations, pas d'aigreurs, pas de vomissements. La constipation a persisté pendant toute la cure (une selle tous les deux jours).

Les crises d'éruclations existent encore, mais très espacées, avec longues périodes de répit, pendant lesquelles bien-être général.

D'ailleurs, éruclations moins bruyantes, moins fortes et moins abondantes et ne s'accompagnant plus de la moindre sensation pénible, ni d'aucune gêne,

Départ le 21 septembre.

OBSERVATION V (inédite).

Nécropathie, sans crises. — Depuis dix-huit mois, aérophagie et éruclations nerveuses; signes d'hyposthénie gastrique. — Constipation. — Foie mobile, entéroptose, néphroptose droite. — Récemment crises douloureuses (coliques hépatiques probables).

M^{me} C..., quarante-sept ans. Vue à Vichy en juin 1900.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé antérieure; la malade a toujours été nerveuse, émotiounable, irritable; pas de crises. — A vingt-huit ans, scarlatine et rhumatisme. A beaucoup travaillé : ferme, gros ménage de campagne, six enfants, cinq vivants et bien portants. Il y a dix ans, mort de son mari : chagrins, ennuis, embarras. Depuis ce moment (?), quelques légers troubles dyspeptiques dont elle ne s'occupa pas.

Il y a deux ans, les troubles gastriques s'accrochèrent, mal définis, et six mois après environ, éructations sous forme d'accès se répétant plus ou moins longs tous les jours, parfois non douloureux, parfois accompagnés de gêne, malaise, lourdeur épigastrique; ont duré jusqu'à maintenant. Pendant ce temps, digestions quelque peu difficiles, mais conservation de l'appétit et même sensations de faim fréquentes. Selles quotidiennes.

Depuis quelques mois, a présenté à de rares intervalles, trois ou quatre fois, des crises douloureuses très fortes, paraissant avoir été des coliques hépatiques probables. Malade se frappe beaucoup.

Actuellement, appétit diminué. Pourtant amaigrissement très faible. Digestions pénibles, difficiles et lentes; douleur, gonflement, respiration difficile. Pas de douleurs gastriques vraies. Une selle tous les deux jours. Se plaint d'un point douloureux, à peu près continu, sourd, profond, dans le côté droit.

Est très préoccupée de ses accès d'éructations qui ont dû être très violents et bruyants, puisque la malade parle de hoquets. Elle prend un de ces accès dans mon cabinet. Je reconnais immédiatement les crises d'aérophagie; les éructations cessent par l'épreuve du bouchon, la situation de la tête en extension forcée, pendant qu'elle cause longtemps et avec entrain; les distractions arrêtent les accès et les éloignent. A simple vue, on voit la malade faire le mouvement de déglutition qui précède l'éructation.

Troubles neurasthéniques; préoccupée de sa maladie, insomnie, céphalée, le matin courbature, rachialgie, fatigue, jambes rompues.

Examen. — Abdomen avachi, complètement mou et flasque ; ceinture depuis dix-huit mois ; amélioration.

Foie très mobile, descend notablement pendant l'inspiration ; peu sensible. On ne sent pas la vésicule.

Estomac sonore jusqu'au côlon transverse, un peu en dessous de l'ombilic. Pas de sensibilité au palper. Pas de clapotage à jeun, ni après un demi-verre d'eau.

Aérophagie : déglutition, bruits de bulles d'air dans l'estomac ; parfois ballonnement gastrique. Eructations reviennent à tous moments, fréquemment sous forme d'accès, ou non.

Signes d'entéropose. Rein droit un peu gros, ptosé et légèrement douloureux au palper. Rein gauche non senti. Battements épigastriques. Ecartement de la ligne blanche sous-ombilicale.

Stigmates hystériques existent au complet.

Rien au cœur ni aux poumons.

Traitement. Hydrothérapie. Régime.

8 juin 1900. — La malade est très améliorée, presque guérie. Fonctions digestives excellentes, bon appétit. Selles quotidiennes (sans aucun médicament). Bien moins fatiguée ; ne souffre nulle part. Pas un seul accès d'éruclations. Encore quelques symptômes nerveux, bouffées de chaleur, baillements, etc. Sommeil très bon, pas de cauchemars.

Ceinture de Glénard, ordonnée il y a dix-jours, a amené grand soulagement.

14 juin 1900. — Très améliorée. Se porte très bien. Facies excellent. Toutes fonctions bonnes. Selles quotidiennes spontanées. Les accès d'aérophagie n'existent plus. Parfois seulement un peu de ballonnement gastro-intestinal. Ceinture parfaitement supportée, très favorable ; la malade ne peut déjà plus s'en passer, marche difficilement quand elle ne l'a pas.

Départ, le 17 juin 1900.

OBSERVATION VI (inédite).

Hystérie ; crises. — Aérophagie.

M^{me} D..., trente-huit ans, cultivatrice. Vue à Vichy (25 juillet-14 août 1898).

La malade est envoyée à Vichy pour dyspepsie atonique. Père nerveux, mort. Mère rhumatisante, morte.

Bonne santé habituelle. Depuis sa première grossesse, présente des éructations, venant par séries et durant plusieurs heures, indépendamment des repas.

Depuis deux ans et demi, crises d'hystérie classiques, reviennent tous les mois au moment des règles.

Actuellement, mêmes phénomènes. Continuellement, dans le courant de la journée, éructations isolées ou par séries, aérophagie, symptômes classiques.

Appétit très bon. Aucun trouble digestif, selles quotidiennes. Cependant léger clapotage gastrique. Etat général excellent, se porte bien, ne se plaint de rien autre que de ses phénomènes nerveux.

Stigmates hystériques nets.

Traitement. — Douches générales à 22°, une minute.

2 août. — Etat stationnaire.

13 août. — A eu ses règles, a moins souffert que d'habitude. Se trouve très améliorée, se sent très bien ; n'a plus de douleurs nulle part. Très bon appétit ; digestion se fait sans malaise, selle quotidienne. Eructations bien moins nombreuses, presque nulles. Se sent plus de courage au travail. En résumé, est en très bon état, très améliorée.

Départ le 14 août.

OBSERVATION VII (inédite).

*Hystéro-neurasthénie. — Aérophagie. — Troubles dyspeptiques.
Entéroptose.*

M^{me} P..., quarante et un ans, cultivatrice. Vue à Vichy le 2 juillet 1900.

Pas d'antécédents héréditaires.

Malade nerveuse, émotive, très impressionnable. Pas de crises. A eu du surmenage, des émotions, de gros chagrins.

Quelques troubles gastriques anciens. Constipation. Pendant sa dernière grossesse, éructations abondantes. Depuis, elles ont augmenté et se présentent sous forme de crises, souvent après les repas. En même temps, les maux d'estomac se sont accentués. Amaigrissement progressif depuis son mariage (13 kilogr.). Constipation.

Actuellement. — Crises d'aérophagie tous les jours, sous forme d'accès durant jusqu'à deux heures, d'autres fois éructations isolées, par séries d'une vingtaine. Crises fortes, avec secousses brusques très rapprochées, remuant tout le corps. Après les crises, serrement à la gorge, douleurs en ceinture et à la base du thorax ; fatigue générale.

Dort assez bien. Le matin, malaises épigastriques vagues, sensation du besoin de manger ; l'ingestion calme ces malaises. Mange peu, sans appétit. Après le repas, ballonnement ; se trouve bien pendant une heure ou deux, puis le plus souvent crises d'éructations. A souvent du malaise gastrique dans le courant de la journée ; elle mange un peu et le malaise disparaît.

Constipation. — Une selle tous les deux jours. Très énervée, impressionnable à la moindre contrariété ; la moindre surprise la bouleverse et la fait trembler. Les émotions, les secousses morales réveillent les crises d'éructations.

Examen. — Ventre douloureux à la palpation profonde dans

toute son étendue. Paroi complètement avachie. Eventration. Battements et souffle épigastriques. Pas de clapotage à jeun.

Stigmates hystériques.

Rien aux poumons ou au cœur.

10 juillet. — Sous l'influence du traitement (régime, douches), la malade a été très améliorée ; crises d'aérophagie ont disparu. Appétit meilleur. Digestions bonnes ; toujours un peu de gonflement dans la région inférieure du ventre. Porte une ceinture qui l'a bien améliorée. Moins énervée, plus calme, dort bien.

21 juillet. — Amélioration considérable Etat général excellent. Appétit très fort, mange beaucoup. Après le repas, depuis un jour ou deux, un peu de ballonnement et de lourdeur épigastrique. Toujours constipée. N'a plus de douleurs, ne souffre nulle part, se trouve très bien. Moins agitée, dort bien. Plus d'éruclatations. En résumé, amélioration considérable. Part en très bon état.

Départ le 23 juillet 1900.

OBSERVATION VIII (inédite).

Troubles gastriques anciens; constipation habituelle. — Avortement il y a un an; aggravation des troubles nerveux et digestifs. — Crises aérophagiques. — Hystéro-neurasthénie. — Entéroptose.

M^{lle} B..., 32 ans. Vue à Vichy le 9 août 1900.

Très nerveuse depuis longtemps. Jamais d'attaques. Vie sédentaire, demoiselle de compagnie.

Chloro-anémie intense à quatorze ans et à vingt-cinq ans. Depuis plusieurs années, troubles gastriques, lourdeur, ballonnement ; habituellement constipée.

Il y a un an, grossesse ; fausse couche spontanée (?) à six mois. Depuis cet avortement, accentuation des troubles gastriques et des troubles nerveux. Bouleversement de l'abdomen et de l'estomac.

Actuellement. — Crises d'aérophagie frustes, pourtant bien nettes.

Neurasthénie : malade ennuyée. Dort très mal, très agitée, cauchemars. Dépression physique très marquée le matin ; jambes cassées, courbature, maux de reins. Torpeur et dépression intellectuelle ; pas de travail ni de distraction. Dégout un peu pour tout ; ne se trouve bien nulle part.

Appétit assez bon ; mange un peu. Immédiatement après le repas, lourdeur, gonflement ; ne supporte plus ni corset, ni ceinture, énervement, agitation ; quelquefois brûlures et aigreurs si elle boit du vin. Quatre à cinq heures après les repas, crises d'éructations nerveuses, irrégulièrement prolongées, avec état névropathique exagéré. Crises aérophagiques en dehors des repas, à tout moment de la journée, le matin à jeun. Vers minuit, fringales en même temps que lourdeur d'estomac et crises d'éructations. Constipation.

Depuis un an, a maigri beaucoup ; ces temps-ci, continue à maigrir.

Examen. — A jeun, abdomen tympanisé partout ; tympanisme gastrique énorme en bas et en dehors. Dilatation de l'estomac et de l'intestin grêle ; limite inférieure de l'estomac au-dessous de l'ombilic. Clapotage difficilement obtenu. Aérophagie provoquée par l'ingestion d'eau, par la marche, par la fatigue, le grand air ; calmée par le repos, la position couchée, le calme, la distraction, la conversation, par le bouchon et la pression sur le larynx.

Signes d'entéroptose, sténose du gros intestin (glaires), néphroptose droite.

Traitement. — Régime des dilatés et entéroptosiques. Douches froides. Electrification statique simple, quinze minutes.

13 août. — Amélioration. Avant-hier et hier, symptômes gastriques très atténués ; fonctions digestives meilleures. État nerveux diminué ; plus gaie. Disparition des éructations depuis deux jours.

21 août. — État de malaise général avec sensation vague de lourdeur diffuse, lourdeur de tête, inaptitude au travail. Dort

très mal, cauchemars. État cérébral semblable; malade désagréable, se plaint de tout et avec un ton de reproche.

27 août. — Etat stationnaire. Toujours ennuyée, souffre de tous les côtés, se plaint de malaises et de douleurs partout. Quelques éructations isolées. Moral toujours mauvais. Après un moment de conversation au cabinet, commence à ne plus se plaindre, à rire, et ne souffre plus.

Appétit bon. Toujours constipée.

La malade s'ennuie, désire partir. Départ le 29 août.

OBSERVATION IX (inédite).

Hystérie. — Aérophagie. — Entéroptose. — Colite muco-membraneuse. — Métrite.

M^{me} T..., trente-trois ans. Vue à Vichy, le 7 août 1899.

Est venue à Vichy faire trois ou quatre cures sans médecin; n'obtenait pas de résultats. Est actuellement à la fin de sa cure. N'a obtenu aucune amélioration; depuis quelques jours, au contraire, est plus fatiguée, ne mange rien, malaises et douleurs épigastriques, renvois gazeux excessivement abondants.

Très nerveuse; jamais de crises. Anesthésie absolue de la conjonctive et du pharynx.

Aérophagie très nette et éructations très fortes. Jamais de vomissements. Constipation intense habituelle; fausses membranes très abondantes et en longs fragments, matières ovillées, dures, enrobées de glaires; un peu de sang par stries.

Il y a un an, métrite, curetage.

Porte une ceinture depuis un an.

Examen. — Cinq heures après le repas. Abdomen peu volumineux, non globuleux. Signes d'entéroptose : battements épigastriques, cœcum douloureux à la pression, néphroptose peu accentuée, foie normal.

Estomac. — Sonorité peu augmentée. Pas de clapotage à

jeun, ni de tension gazeuse. On fait boire un demi-verre d'eau : on obtient alors du clapotage ; immédiatement, la malade est prise d'éruptions fortes, abondantes. Aérophagie nette, épreuve du bouchon positive. Un peu de gaz dans l'estomac.

La malade part le 12 août, un peu améliorée.

OBSERVATION X (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lannois.)

Marie A..., dévideuse, quarante et un ans. Entrée à l'hôpital le 18 mai 1898.

Pendant ce premier séjour, la malade a été traitée pour faiblesse générale, migraine, névralgie faciale et gastralgie ; troubles digestifs vagues, anorexie, douleurs d'estomac à l'occasion des digestions, sensation de plénitude ; pas de vomissements. Rien d'intéressant à signaler.

26 septembre 1900. — La malade revient à l'hôpital en faisant un bruit d'expiration très fort. On constate qu'il s'agit de déglutition d'air avec éruptions bruyantes (aérophagie). Elle s'en est aperçue, il y a trois semaines environ, 30 à 40 éruptions à la minute ; moins, chez elle, lorsqu'elle n'est pas émotionnée. On voit nettement se faire le mouvement de déglutition, qui s'accompagne d'un mouvement presque spasmodique du larynx et du corps thyroïde.

Le bruit d'éruption se produit exactement à la fin de l'inspiration, comme si la compression de l'estomac par le poumon y jouait un rôle. Le bruit a lieu, que la bouche soit ouverte ou fermée, n'est pas modifié par la position couchée, s'arrête lorsqu'elle parle et lorsqu'elle dort.

5 novembre 1900. — La malade continue à avoir de l'aérophagie, mais beaucoup moins. On lui a fait de l'électrisation du phrénique trois fois par semaine avec le courant interrompu lent.

OBSERVATION XI (inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lannois.)

Hystérie. — Aérophagie hystérique.

Marguerite L..., veuve A..., cinquante-trois ans. Entrée à l'hôpital en novembre 1898.

Pas d'antécédents héréditaires. Quatre frères et une sœur, tous nerveux, mais sans crises.

Personnellement. — A eu dans l'enfance des crises convulsives, dues, au dire de la malade, à des vers intestinaux. A quinze ans, apparition des règles, et à ce moment accès d'étouffements avec constriction à la gorge.

La première crise d'aérophagie est survenue à l'âge de seize ans, accompagnant les crises d'étouffement. Vers l'âge de vingt-cinq ans, elle aurait eu une reprise de ses crises aérophagiques; elle fut soignée à ce moment à l'Hôtel-Dieu. Les crises étaient intenses et fréquentes, aussi fortes qu'elles le sont aujourd'hui. Depuis elle en a toujours eu, avec des intervalles d'arrêt complet n'excédant jamais un an. Ces crises venaient par séries, d'une durée de quinze jours à trois mois environ. Elles disparaissent, dit-elle, quand elle est dans le décubitus.

Depuis l'âge de seize ans, la malade souffre d'une gastralgie qui n'a jamais cessé complètement : à seize ans, crises gastriques douloureuses, avec vomissements; douleurs intenses, brûlantes, avec points sternal et rachidien; ces douleurs survenaient deux heures après le repas, duraient une heure et se terminaient par des vomissements abondants d'un liquide clair, non acide, et, à la fin, contenant souvent les aliments ingérés. A plusieurs reprises (vers l'âge de vingt-cinq ans), vomissements de matières noires, épaisses, après lesquels elle restait plusieurs jours au lit avec une grande faiblesse; pas de renseignements sur l'aspect des selles à ce moment. De vingt-cinq à trente-cinq ans, quel-

ques crises gastriques douloureuses avec vomissements et renvois gazeux très fréquents.

Mariée à trente-neuf ans ; deux ans après, accouchement laborieux d'un enfant bien constitué, qui mourut à deux mois de méningite. A quarante-trois ans, perte hémorragique (fausse couche probable). Un an après, ablation d'un polype utérin. A quarante-cinq ans, la malade perd son mari ; très affectée de cette mort, elle reprit quelques crises gastriques de même nature que celles antérieures. La malade n'est plus réglée depuis dix-huit mois.

Actuellement. — La malade paraît d'une bonne santé : un peu d'obésité. Elle donne tous les détails voulus sur son état qui paraît la tourmenter beaucoup (constamment prête à pleurer).

Elle a continuellement des renvois gazeux très sonores, entendus à distance. Chaque renvoi est précédé de trois petits mouvements de déglutition, légèrement sonores. Pas d'accès, pendant qu'elle parle. Si on la fait coucher, les renvois gazeux se produisent encore une ou deux fois, puis cessent complètement. Pendant l'accès, les muscles de la paroi abdominale se contractent au moment du rejet des gaz par la bouche ; à ce moment, l'abdomen paraît remonter dans tout son ensemble. On fait boire à la malade un verre d'eau : on détermine difficilement une ou deux fois un léger clapotage.

A la percussion, la sonorité gastrique descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On ne voit pas se dessiner de contractions péristaltiques de l'estomac.

Zones hystérogènes assez nettes aux points sus- et sous-mammaires. Un peu d'ovaire gauche. Sensibilité obtuse partout. Réflexes : conjonctival, diminué ; rotuliens, fortement exagérés ; pas de trémulation épileptoïde.

Traitement. — Sirop de valériane. Pilules de valérianate de zinc (0 gr. 10 par jour). Vin de Kola.

CONCLUSIONS

I. Il n'est pas rare d'observer, et cela en particulier chez les névropathes, le phénomène connu sous le nom d'aérophagie, et qui consiste dans la déglutition de l'air atmosphérique.

II. Souvent on trouve, en même temps que ce phénomène, des troubles dyspeptiques plus ou moins marqués, tels que de l'anorexie, des pesanteurs après les repas, une constipation opiniâtre, des vomissements, de l'atonie et de la dilatation de l'estomac.

Ces troubles paraissent être la conséquence plus ou moins directe de l'aérophagie.

III. L'aérophagie est souvent méconnue ; on croit qu'il s'agit simplement de dyspepsie flatulente et de météorisme gastrique.

C'est en examinant soigneusement le malade que l'on constate le phénomène de la déglutition.

IV. En général, comme il s'agit de phénomènes nerveux, le pronostic est bon ; mais, cependant, on peut voir ces phénomènes persister fort longtemps.

V. Comme traitement, on doit s'adresser à la cause primordiale, la névropathie, et chercher par des anti-spasmodiques à diminuer les spasmes cloniques du pharynx ; d'autre part, on cherchera à améliorer les troubles gastriques et intestinaux.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
SOULIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 17 novembre 1900.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT, Déglutition de l'air atmosphérique (Lyon méd., 1891).
- ARLOING, art. Déglutition in Dictionnaire encyclopédique, Dechambre, 1882.
- BOUCHARD et CHARCOT, Traité de médecine.
- BOUVERET, Aérophagie hystérique (Rev. de méd., 1891).
- Traité des maladies de l'estomac, 1893.
- BRIQUET, Traité de l'hystérie, 1859.
- BROUARDEL, GIRODE et GILBERT, Traité de médecine.
- DEBOVE et RÉMOND, Traité des maladies de l'estomac, 1894.
- DENIAU, Hystérie gastrique (th. Paris, 1883).
- EICHORST, Traité de path. int. (trad. fr., 1889).
- GILLES DE LA TOURETTE, Hystérie gastrique (in Traité de l'hystérie, 1895).
- LUTON, art. Tympanite, in Jaccoud, 1870.
- MAGENDIE, Déglutition de l'air atmosph., 1815.
- MATHIEU, Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, 1900.
- OBICI, Eructations hystériques, 1895.
- PIORRY, Gaz contenus dans les cavités abdominales et ponction du ventre (Bull. de l'Acad. de méd., nov. 1871).
- PITRES, Des éructations hystériques (Progrès médical, 1895).
- RICHTER (Ch.), art. Déglutition, in Dictionnaire de physiologie.
- QUINCKE, Avalément d'air (Verhandlung des Congr. für innere Med., Wiesb., 1889).
- ROBIN (A.), Traité des maladies de l'estomac.
- SOULIER, Traité de thérapeutique.
- VAUTHEY (P.), Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique (th. de Lyon, 1896).

TABLE

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION.	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — De l'aérophagie en général.	13
CHAPITRE III. — Troubles gastriques qui accompagnent l'aérophagie	19
CHAPITRE IV. — Diagnostic différentiel	30
CHAPITRE V. — Marche, Durée et pronostic	34
CHAPITRE VI. — Traitement	36
CHAPITRE VII. — Observations.	41
CONCLUSIONS.	59
BIBLIOGRAPHIE	61
